様式第２号（第３条関係）

変　更　届　出　書

年　　月　　日

朝 霞 市 長　宛

所在地

事業者　　名　称

代表者氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

介護保険事業所番号										

指定内容を変更した事業所		名称
		所在地
サービスの種類		
変更があった事項		変　更　の　内　容
1	事業所（施設）の名称	（変更前）
2	事業所（施設）の所在地	
3	事業者の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者（開設者）の職名、氏名、生年月日及び住所	
6	登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）	
7	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等	
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所	（変更後）
9	運営規程	
10	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関	
11	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制	
12	本体施設、本体施設との移動経路等	
13	併設施設の状況等	
14	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	
15	その他	
変　更　年　月　日		年　　月　　日

担当者（問合せ先）	氏名（職名）		電話番号	

備考　１　該当項目番号に〇を付してください。
　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。